FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — **THÈSE** — N° ~~122~~ 117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 mars 1880, à 1 heure.

PAR RAFAEL LOPEZ BARALT

Né à Maracaïbo (Venezuela), le 15 mars 1853.

Ancien externe des hôpitaux,

Membre de la Société des sciences physiques et naturelles de Caracas,

Et de la Société de géographie de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SCOTOME SCINTILLANT

OU AMAUROSE PARTIELLE TEMPORAIRE



Président : M. VERNEUIL *professeur.*

Juges : MM. OLLIVIER, *professeur.* TERRILLON, RENDU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.................. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée e expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MEILLEURE DES MÈRES

A CEUX DE MES AMIS

QUE LA MALADIE N'ÉLOIGNAT PAS DE MON LIT

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR HARDY

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A MES COLLÈGUES DES HOPITAUX

A MES MAITRES EN OPHTHALMOLOGIE

MM. GALEZOWSKY ET DESMARRES FILS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SCOTOME SCINTILLANT

OU

AMAUROSE PARTIELLE TEMPORAIRE

INTRODUCTION

L'affection qui fait le sujet de cette thèse a été décrite successivement sous le nom d'hémiopie passagère, d'hémiopie périodique, amaurose partielle temporaire, et migraine ophthalmique.

Ces différents noms donnent-ils une idée exacte de l'affection ? Je ne le crois pas, les uns disent trop, les autres ne disent pas assez. En effet, les dénominations d'hémiopie, d'amaurose partielle temporaire et de scotome scintillant, ne comprennent que quelques-unes des formes des différents troubles oculaires qui, quoique accompagnant souvent la migraine, peuvent cependant avoir

une existence à part ; c'est pour cette raison que la dénomination de migraine ophthalmique dit trop en préjugeant de la nature d'une affection qui a sans doute d'autres causes que la migraine. J'ai conservé cependant le nom de scotome scintillant pour désigner le trouble visuel qui constitue directement le sujet de cette thèse destinée elle-même à concilier par l'étude des causes qui peuvent produire l'affection, deux opinions tout à fait opposées ; l'une voulant faire de l'affection, une affection oculaire à part, l'autre ne voulant l'accepter que comme une phase de l'accès de migraine.

J'ai mis à contribution les travaux publiés à l'appui de ces deux opinions, en m'inspirant aussi un peu de ma propre expérience. Si ma manière de voir n'est pas acceptée, que l'on me sache gré en tout cas d'avoir apporté sans esprit de parti pris sur le champ de la controverse, la discussion de ma pauvre observation et de celles que j'ai cru de nature à présenter l'affection sous ces deux aspects connus.

Heureux si ce travail peut être compté pour quelque chose, lorsque la science suffisamment éclairée, viendra assigner au scotome scintillant sa véritable nature.

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la migraine ont indiqué l'existence de troubles oculaires accompagnant cette affection ; ainsi et pour ne parler, parmi ceux de l'antiquité que de Galien, voila comment cet auteur décrivit la céphalée. « Cette affection dit-il est

une céphalalgie longue et difficile à dompter, présentant de grands accès à l'occasion des petites causes en sorte que l'on ne peut supporter ni voix un peu forte, ni lumière éclatante, ni mouvement autour de soi, mais qu'on veut rester couché dans le calme et dans l'obscurité à cause des grandes souffrances que l'on ressent » (1).

Aucun cependant, du moins que je sache, n'a fait l'étude de ce trouble et il nous faut arriver jusqu'à Wallaston en 1824, pour trouver une première description de l'hémiopie passagère. Wallaston (2), eut deux attaques dans sa vie, et l'autopsie démontra chez lui, une tumeur de la couche optique, avoisinant la bandelette optique droite. Chez lui c'était la moitié latérale gauche du champ visuel qui manquait, qu'il regardât de l'œil droit ou de l'œil gauche ; ainsi voulant lire par exemple le nom de Jackson il ne voyait que son.

Arago traduisit cette observation et y ajouta la sienne; il n'eut dans cette publication d'autre but, que d'indiquer une cause d'erreur dans les observations astronomiques (3), Pravaz en 1825 (4) ajouta parmi d'autres faits nouveaux de sa connaissance le cas très intéressant d'une dame qui souffrait des attaques d'amaurose partielle, alternant avec une sensibilité tellement grande de

(1) Galien, traduction Daremberg, tome II, chapitre XIII, pages 575, 576, 577. (Sur le siège, la nature et les symptômes de la céphalée et de la migraine.)

(2) Phylosophical transaction, 1824, p. 224. On semi-décussation of the optic. nerves, by Williams Hyde Wallaston MDVPRS.

(3) Arago, Annales de chimie, t. XXII, p. 109, 1824.

(4) Archives de médecine, 2e série, t. VIII, p. 59.

la rétine, qu'elle pouvait alors percevoir à une distance extraordinaire les corps les plus déliés; il parle du travail de Wallaston et selon lui, on doit rapporter à Abraham Vater et à Demours la connaissance des premiers cas d'amaurose partielle; en effet, en 1723 Vater publia à Vittemberg une dissertation latine où se trouvent consignés trois cas semblables à ceux dont parle Wallaston et dont ce dernier semble être ignorant. Vater expliquait l'amaurose partielle par l'hypothèse de l'entrecroisement partiel des nerfs optiques, émise plus tard par Wallaston, comme il résulte du passage suivant de la thèse de Vater :

« Quamobren ex his recte concludimus nervos opticos non superficialiter tantum coïre, sed in illo coalitu fibras suas ita decussare et unire ut hoc ipso nervi, postea à se iterum recedentes, in duo segmenta æqualia, hemispheriis cerebri correspondendia dividantur atquè sic dextrum tunicæ retinæ latus, in utroque oculo fibras e dextro, sinistrum vero et sinistro hemispherio accipiat, oculique adeo ob fibrarum ex nervis opticis accedentium, æqualem in tunicis retinis distributionem in visionis actu, inter se consentiant. »

Demours rapporte aussi en 1762 les cas de la marquise de Pompadour atteinte d'une cécité partielle à la suite d'un refroidissement; cécité guérie au bout de deux mois par les diaphorétiques. Après tous ces travaux, vient le travail très intéressant de M. Piorry, où sauf l'explication qu'il donne du phénomène, tout y est bien décrit, le scotome initial et le scintillement consécutif, le scintillement est surtout décrit d'une façon exacte.

M. Piorry ne vit dans l'affection qui nous occupe qu'un symptôme prodromique de la migraine. Il ne parle pas des travaux antérieurs à lui et dont il n'avait pas sans doute connaissance (1).

Il méconnut aussi l'affection, comme pouvant avoir lieu en dehors de tout accès de migraine.

Jules Pelletan (2) rapporte seulement la description de Piorry en y ajoutant quelques considérations de peu d'importance.

Tyrrel (3) rapporte des cas nouveaux de migraine ophthalmique, pour lui l'hémiopie périodique est due à un trouble général. Brewster (4) souffrant lui-même d'hémiopie, considéra cette affection comme due à la paralysie de la rétine, déterminée par la pression des vaisseaux sanguins et en rapport avec la direction de ces vaisseaux.

Dans la même année, Airy (5) souffrant lui aussi d'amaurose partielle temporaire, ajouta sa propre observation ; en 1866 dans le supplément au traité des maladies des yeux de Mackenzie, M. Testelin publia trois observations inédites. Après tous ces travaux, en 1867 MM. Listing et Ruette publièrent dans le Klinische Monatsblatter, leurs observations personnelles ; dans la même année Förster lisait à la Société d'ophtalmologie de Heidelberg une description de sa dernière attaque.

(1) Piorry. Mémoires sur la migraine, 1831 et Traité de médecine pratique, t. VIII, p. 75.

(2) Pelletan. Coup d'œil sur la migraine.

(3) Tyrrel. Cyclopédia of practical surgery, 1841.

(4) Brewster. Phylosophical magazine, 1865.

(5) Ainy. Phylosophical magazine, 1865. July.

Je citerai enfin le travail de M. E. Liveing publié en 1873, intitulé : On Megrin and sick-headache, où il publie plusieurs observations personnelles ; il place le siège de l'affection dans les ganglions du cerveau.

Pour terminer ce léger aperçu de l'historique, je citerai enfin l'article publié sur le scotome scintillant dans la thérapeutique oculaire de Wecker et spécialement deux importants travaux publiés dernièrement, l'un en 1875 par M. Dianoux (1) et l'autre publié par M. Galezowski (2) en 1878. Ce sont les deux travaux les plus complets, publiés sur l'affection qui nous occupe.

Dianoux fait du scotome scintillant une maladie oculaire à part, ayant pour siège l'appareil conducteur de l'œil.

Pour Galezowski ce serait une névrose d'une des portions de la 5e paire, qui fournit des filets nerveux vaso-moteurs, soit aux organes entro-visuels soit à ses parties périphériques.

J'ai à revenir plus loin sur ces deux manières de voir.

SYMPTOMES.

Monoculaire ou bioculaire le scotome scintillant, peut, chez certains sujets, être accompagné de symptômes de migraine vulgaire, chez d'autres, les troubles oculaires constituent à eux seuls toute l'affection. Dans cette dernière catégorie de sujets, on peut trouver des individus qui

(1) Dianoux, thèse de doctorat sur le scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire.

(2) Galezowski. Etude sur la migraine ophthalmique, 1878.

n'ont jamais souffert de migraine, les troubles oculaires ayant été les premières manifestations d'une maladie qui peut alors être considérée comme une maladie oculaire à part ; et d'autres chez lesquels, les troubles oculaires qui constituent le scotome ont succédé à des accès de migraine commune et l'ont en quelque sorte remplacée, c'est-à-dire, qu'un individu qui souffre régulièrement de la migraine sans aucun trouble du côté de la vision, peut voir par les progrès de l'âge, les grands accès douloureux être remplacés par les troubles visuels du scotome scintillant.

Le docteur Du Bois-Raymond auquel la science doit une des plus séduisantes théories sur la migraine, en est un exemple remarquable.

Voici ce que l'illustre maître m'écrivit dernièrement à ce propos : « Je ne crois pas que ce symptôme ait existé chez moi antérieurement et qu'il m'ait seulement échappé parce que j'étais absorbé par la souffrance ; j'ai plutôt la conviction que le scotome scintillant remplace à présent chez moi d'autres désordres au lieu d'être le dernier symptôme qui me reste de la migraine. »

Tissot rapporte également, le cas d'un officier autrichien de 32 ans qui souffrait de la migraine depuis l'âge de 9 ans ; la migraine ayant cessé pendant un an, elle fut bientôt remplacée par des troubles oculaires.

Ces préliminaires posés, je vais d'abord donner une vue générale de l'affection en rapportant ma propre observatio etn celles qui présenteront des particularités que je n'aurai pu constater sur moi-même; après je constituerai avec les éléments qui me fourniront ces observations et

les éléments donnés par les auteurs qui s'en sont occupés, un tableau d'ensemble, capable d'en donner une idée exacte.

Ce fut en 1870 que j'eus la première attaque de migraine. J'étais alors dans mon pays et je venais de faire une longue promenade à cheval, lorsque ayant mis brusquement pied à terre dans la cour de la maison d'un de mes amis, auquel j'allais rendre visite, je fus tout d'un coup pris de cécité parfaite de la partie inférieure du champ visuel des deux yeux. Je ne voyais que la moitié supérieure des objets fixés, la moitié inférieure étant devenue complètement indistincte. C'est à peine si j'eus le temps de m'inquiéter de l'état compromis où se trouvait mon appareil visuel ; à peine avais-je fait quelques pas dans la cour et retiré mon chapeau, que la vision se rétablit dans toute son étendue et je pus voir alors, les objets au grand complet.

Je montai chez mon ami et quand j'y fus, je m'aperçus que la tête commençait à me faire mal et qu'une certaine difficulté de la parole et une gêne marquée dans l'émission de la pensée tenant à l'oubli des mots propres à la rendre compréhensible, avaient succédé au trouble visuel initial. Le médecin appelé diagnostiqua : migraine ! C'était la première fois que j'en souffrais. Depuis lors, cette maladie que je tiens en héritage de ma mère, ne m'a plus quitté quoiqu'elle se soit sensiblement modifiée comme je le ferai remarquer plus loin.

Dans cette première attaque, il est difficile de ne pas reconnaître la variété de migraine ophthalmique, appelée hémyopie passagère ; c'est aussi la seule que j'aie eue de ce genre, véritable hémyopie sans scintillement ; j'avais alors 16 ans et ma santé ne laissait rien à désirer.

Voici maintenant comment, à partir de ce jour, ont débuté chez moi les accès de migraine.

Le jour qui précède l'accès, je suis toujours d'une humeur maussade, l'inaptitude au travail intellectuel me prend et l'ennui s'empare de mon esprit. La nuit qui suit cette journée

je dors mal, mon sommeil est agité et troublé de rêves étranges; en vain je cherche à m'éveiller, mon sommeil lourd et fatigant se prolonge au delà de l'heure à laquelle je me réveille habituellement.

Si je m'arrête à donner ces petits détails qui apparemment n'ont pas d'intérêt, c'est afin de montrer l'étroite ressemblance des symptômes prodromiques de la migraine ophthalmique avec la migraine vulgaire.

Une fois levé, je m'aperçois immédiatement à la lourdeur de la tête et à la faiblesse de la vision que je suis sous le coup immédiat d'un accès. Quelquefois je prends dans cette situation, 2 grammes de bromure de potassium en dissolution dans de l'eau sucrée et je réussis souvent à faire avorter l'accès. Une seconde dose est la plupart du temps nécessaire.

Le cas échéant, la lourdeur de la tête se localise au niveau du nerf frontal, droit ou gauche et devient une violente névralgie qui s'étend à l'un des côtés de la tête (hémicranie). De son côté la faiblesse de la vision s'accentuant de plus en plus, finit par me rendre pénible la vue des objets de ma chambre; que je vienne à en fixer un : une chaise, une table, un tableau, impossible d'en déterminer nettement les contours, un nuage les entoure et les voile à mes yeux. Ce phénomène dure de quelques secondes à quelques minutes, c'est un véritable vide dans le champ visuel et j'en ai fait l'expérience en prenant un livre et en cherchant à y lire quelques lignes. Voici ce que je constate alors : les lettres placées dans la zône centrale de la vision directe sont distinctes, mais celles qui se trouvent placées dans la zone périphérique autour du point de fixation, là où la vision est toujours moins nette, celles-là, je le répète, manquent plus ou moins complètement; elles sont voilées par de petites ombres demi-transparentes, qui, en s'agrandissant deviennent lumineuses sur ses bords et prennent des formes variées parmi lesquelles je signalerai comme la plus constante, la forme polygonale; on dirait des fragments de polygone plutôt que des polygones complets, qui unis bout à bout forment des lignes brisées à angles inégaux lumineux et vibrants. Ces lignes brisées, sorte de zigzags lumineux, se ploient et se déploient avec une extrême rapidité sans arriver jamais à l'effacement de

leurs angles, en emboîtant l'angle externe de l'œil droit et l'angle interne de l'œil gauche. Dans la position verticale les zigzags suivent la direction du diamètre transversal de l'œil, c'est-à-dire qu'ils sont horizontaux, tandis que dans la position horizontale ils suivent la direction verticale.

Dans la dernière attaque que j'ai eue le 20 février de cette année, le scotome a commencé à la partie inférieure au-dessous du point de fixation du champ visuel droit. Je fermai alors cet œil et je pus me convaincre qu'il existait à l'œil gauche et au même endroit un scotome de la même forme et de la même étendue. En se développant de haut en bas le scotome de l'œil gauche formait un arcade de doubles zigzags qui emboîtait son angle interne, tandis que celui de l'œil droit occupait son angle externe; il m'est arrivé aussi de l'observer isolément à l'œil gauche et à l'œil droit.

La plupart du temps c'est comme cela qu'il se présente et qu'il se développe pour disparaître vers les parties supérieures du champ visuel; et chose digne de remarque, ce trouble de la vision dure tout le temps que le mal de tête met à se développer et à s'étendre sur la moitié droite ou gauche de la tête; quinze minutes à une demi-heure et ce n'est que lorsque la céphalalgie est arrivée à son maximum que je vois disparaître le scintillement; à ce moment-là je ne manque jamais de prendre un livre et à ma grande joie, je constate toujours que mon acuité visuelle est intacte.

Lorsque l'attaque me surprend dans la rue et en général lorsqu'elle me surprend debout, j'en suis averti par une sensation vague de vide qui se fait autour de moi; si je marche, je me sens comme entraîné en avant et de côté; la marche s'accélère et dévie malgré moi; alors je m'appuie un instant, la vision s'est déjà obscurcie et le scintillement le suit toujours. Ces phénomènes sont passagers.

Voilà comment les attaques de migraine ont débuté chez moi pendant très longtemps.

Depuis que je suis en France l'aspect des accès a changé totalement sans qu'il me soit possible d'assigner d'autres causes à cette variation qui n'a pas été brusque mais graduelle, que le changement de pays et les progrès de l'âge; quoi qu'il en

soit le scotome scintillant qui chez moi se présentait toujours accompagné de migraine, se présente aujourd'hui seul et alors il constitue à lui seul toute l'attaque ; il peut aussi arriver que le scotome soit comme auparavant accompagné de migraine.

Il ne serait peut-être pas inutile d'ajouter que j'ai remarqué toujours au commencement de l'accès de migraine, alors que la douleur est sourde, la rougeur de la moitié de la face, de l'oreille et de la conjonctive du côté atteint ainsi que la sécheresse de la muqueuse de la fosse nasale et du conduit auditif externe du même côté. Je n'ai pas observé l'état de la pupille en ce moment ; mais je puis assurer que lorsque l'accès est déclaré et poursuit son cours avec ces intermittences de paroxysmes aigus et de moments de calme, *la pupille est sensiblement rétrécie et jusqu'à un certain point insensible à l'action de la lumière*. La moitié de la face qui était rouge au commencement devient pâle et s'affaisse. Ainsi que la conjonctive qui peut rester cependant rouge tout le temps de l'accès, la fente palpébrale est rétrécie et le globe oculaire semble rentrer dans l'orbite.

Il m'a semblé remarquer que ce sont les migraines produites par un écart de régime qui sont le plus souvent accompagnées du scotome, tandis que lorsqu'il m'est impossible d'assigner une cause quelconque à l'accès, le scotome manque et la migraine se présente avec les caractères ordinaires de périodicité et de symptômes propres ; je dirai plus, il est presque dans mon pouvoir de me proportionner une attaque de migraine ophthalmique ou de simple scotome scintillant.

Il me suffit d'apporter un trouble dans la digestion stomacale pour le voir apparaître quelques minutes après ; une glace, un sirop de groseille, une lecture assidue en pleine digestion en sont souvent les causes.

Piorry rapporte aussi le cas suivant, de nature à confirmer ce que je viens de dire :

Un médecin éprouvait constamment cette affection (irisalgie) en faisant à deux heures une leçon de médecine ; il avait l'habi-

tude de déjeuner à une heure et de lire des notes écrites dans un caractère très fin en se rendant à l'amphithéâtre ; il cesse de faire cette lecture pendant huit jours, il n'a pas de migraine. Le neuvième jour il relit ces notes et l'hémicranie reparaît ; il est un mois sans se livrer à cette étude et pendant un mois il n'a pas cette affection qui reparaît le jour où il recommence comme par le passé.

C'était aussi la manière de voir du docteur C. H. Parry (de Bath) dont voici l'observation : (1).

C'est après une violente fatigue, plus spécialement lorsqu'elle est accompagnée d'un jeûne de huit ou dix heures, que j'ai été le plus souvent attaqué. J'ai fréquemment expérimenté une soudaine perte de la vision. La vision générale ne paraissait pas affectée, mais quand je fixais un objet quelconque il me semblait voir, interposée entre mes yeux et l'objet, une ombre plus ou moins opaque de telle façon que je le voyais indistinctement et quelquefois pas du tout, plus généralement, elle me semblait être placée exactement au milieu de l'objet pendant que ma vue pouvant embrasser les contours était claire et distincte comme d'habitude ; en conséquence, si je désirais voir un objet, j'étais obligé de regarder de côté. Dans d'autres circonstances, quoique beaucoup plus rarement, le nuage était placé d'un côté de la ligne droite de la vision. Peu de moments après, le bord supérieur ou inférieur (il me semble que c'était toujours le supérieur) apparaissait limité par une bordure de lumière en forme de zigzags et scintillant presque à angles droits dans le sens de la longueur. Le scintillement paraissait toujours avoir lieu dans un seul œil ; mais le nuage existait également dans les deux yeux, lorsque je regardais un objet avec un œil ou avec les deux yeux ouverts. Quand je fermais les deux yeux les couvrant de mes mains de façon à intercepter tout rayon de lumière, le scintillement était encore perceptible

(1) Collections from the unpublished writings of Dr C.-H. Barry. Edity by his son, vol. I, p. 557, 1825.

à la même place et ce qui avait été un nuage demi opaque apparaissait plus brillant que le reste ; lorsque je levais ou que j'abaissais l'axe de mes yeux ou que je louchais, le nuage et le scintillement, quoiqu'ils changeassent de place, gardaient la même relation par rapport à l'objet que je regardais, ils restaient dans cet état pendant vingt minutes ou une demi-heure ; le nuage s'affaiblissant lorsque le scintillement continuait encore et ce dernier disparaissait quelquefois soudainement ; il n'était jamais suivi chez moi de mal de tête ; mais il semblait évidemment en rapport avec l'état de l'estomac et quoi qu'il survînt sans être accompagné d'aucun sentiment de malaise, il disparaissait généralement avec un mouvement dans l'estomac, suivi d'éructations.

C'était aussi la manière de voir du Dr Forthergill.

Je finirai mon observation personnelle en faisant remarquer que mon acuité visuelle se conserve intacte après un nombre considérable d'attaques, une au moins tous les mois et pendant une période de dix ans, et mes yeux, examinés dernièrement à l'ophthalmoscope, ne présenteni aucune lésion pathologique.

Voici maintenant l'observation de M. Dianoux, destinée à démontrer que le scotome scintillant peut exister comme une affection à part de la migraine. Je la rapporte ic textuellement :

Un matin, vers les premiers jours du mois de septembre de 1871, je venais de me mettre à table, lorsque je remarquai que je ne voyais pas très distinctement, une sorte de nuage voilait les objets dans une petite partie de la moitié inférieure du champ visuel droit, peu à peu ce nuage s'étendit, en s'élevant de plus en plus vers la partie supérieure du champ visuel dont il ne tarda pas à occuper toute la moitié droite ; au point de fixation, je pouvais encore cependant distinguer assez nettement les objets.

En fermant l'œil droit, je constatai qu'il existait dans le champ visuel une lacune parfaitement semblable et à la même place. Dans la partie gauche du champ visuel commun la vision restait nette.

Le scotome revêtait ainsi la forme hémiopique, mais le bord tourné vers le point de fixation avait une forme concave.

Ces phénomènes avaient mis environ cinq minutes à s'accomplir; alors apparut le scintillement. Dans les points qui étaient devenus aveugles les premiers, c'est-à-dire en bas et à droite, je vis apparaître deux ou trois petites flammes que je ne puis mieux comparer qu'à la flamme d'alcool brûlant dans une chambre obscure.

Ces flammes augmentèrent de nombre et se disperserent rapidement en une sorte d'arche, dont le bord interne concave présentait des dentelures qui vibraient fortement. Cette arche alla s'agrandissant, tout en se rapprochant du champ de fixation. Une seconde, puis une troisième arche se superposèrent à la première, et bientôt toute la partie du champ visuel qui s'était d'abord obscurcie, fut envahie par le flamboiement.

Ces phénomènes ne s'arrêtèrent pas là; bientôt en effet les demi-cercles lumineux dépassèrent la ligne médiane et envahirent tout le champ visuel, les petites flammes tremblotaient vivement et présentaient un éclat incomparable, surtout dans l'obscurité ou lorsque les paupières étaient fermées, leur coloration rappelait exactement celle de l'éclair.

A ce moment il m'était impossible de rien distinguer, j'étais littéralement aveugle.

Je m'étais jeté sur un lit, assez inquiet, je l'avoue, lorsque, m'étant placé par hasard la tête sur le rebord du lit, dans une position plus déclive que le reste du corps, je vis le scintillement diminuer rapidement; les flammes gagnèrent le bord supérieur du champ visuel et tout disparut dans l'espace de quelques secondes; la vue s'était complètement rétablie, et je pus me convaincre en prenant un livre que mon acuité visuelle était redevenue ce qu'elle était avant.

Je n'éprouvai à aucun moment, ni vertige, ni céphalalgie, ni douleur d'aucune sorte, j'avais pu analyser avec une entière liberté d'esprit les diverses phases de cette attaque dont la

durée totale fut d'environ quinze minutes, les phénomènes étaient donc demeurés étroitement limités à l'appareil oculaire.

Quelques mois après, j'éprouvai une seconde attaque, le début me fut annoncé par la difficulté avec laquelle je distinguai le bord du chapeau de quelqu'un qui marchait devant moi dans la rue.

L'affection suivit exactement la même marche que la première fois, mais restait limitée au côté droit du champ visuel des deux yeux, aussi me fut-il possible de faire à pied, sans trop de peine, près de un kilomètre. Lorsque j'arrivai chez moi, le scintillement avait atteint toute son intensité. Instruit par l'expérience de ma première attaque, je me hâtai d'avaler un peu de vin et de mettre sur un lit la tête très basse. Le scintillement disparut comme la première fois.

La troisième attaque survint quelques semaines après, cette fois pendant une conférence de l'internat ; elle différa un peu des deux premières en ce sens que le scotome se limita presque entièrement à l'œil droit, à peine y eut-il un obscurcissement léger de la vision à gauche sans scintillement. Au moment où, au plus fort de l'attaque, je sortis de la salle, l'air frais me frappa le visage et tout disparut subitement. Pas plus que les fois précédentes, je n'éprouvai ni mal de tête, ni d'autres symptômes de congestion, ou d'anémie cérébrale.

Plus de trois ans se sont écoulés et je n'ai pas ressenti de nouvelles attaques ; parfois j'ai éprouvé à la suite de veilles ou de troubles gastriques, en même temps que quelques douleurs névralgiques passagères, la sensation d'étincelles brillantes et instantanées, mais tout se borne là ; j'ajouterai que ma vue est demeurée excellente et que mes yeux examinés à plusieurs reprises à l'ophthalmoscope, n'offrent aucune lésion pathologique.

Voici maintenant une observation très intéressante que j'ai recueillie dans la clinique ophthalmologique de M. le Dr Desmarres fils. Elle est intéressante : 1° à cause de l'âge du malade ; 2° parce qu'elle démontre que si les

troubles de la vision apparaissent très souvent lorsque la migraine tend à disparaître par le progrès de l'âge, ils peuvent cependant apparaître dans le cours de cette névrose, l'accompagner peudant quelque temps et puis disparaître un jour quelconque pour laisser la migraine seule suivre sa marche ordinaire.

Voici cette observation :

Obs. — Migraine ophthalmique, variété, hémiopie passagère, s'étant présentée pendant un an seulement dans le cours d'une migraine vulgaire, qui a continué à suivre son cours périodique.

M. E....., étudiant en médecine, souffre de migraines fréquentes depuis l'âge de 12 ans, il hérite de cette affection de sa mère, qui les a périodiquement trois jours avant l'époque des règles, accompagnées de gonflement de la face, œdème des paupières et larmoiement.

Deux ans après l'apparition de sa migraine, c'est-à-dire à l'âge de 14 ans, M. E..... s'est aperçu que sa migraine s'accompagnait d'un trouble visuel qu'il n'avait pas constaté jusqu'alors, ce trouble qui se manifesta seulement pendant une année, deux ou trois fois par mois, avait lieu le matin entre six et sept heures, à l'heure précise où il étudiait ses leçons. Voici en quoi ce trouble consistait : le malade s'apercevait soudainement que sa vision s'était affaiblie et qu'il ne voyait plus distinctement ce qu'il lisait auparavant dans son livre ; lui étant arrivé plusieurs fois de ne pouvoir lire qu'à moitié le mot qu'il fixait, quelquefois il pouvait voir même un mot tout entier, mais il lui était impossible de voir les mots immédiatement à côté et alors pour compléter un mot ou une phrase, il avait besoin de déplacer son point de fixation dans la direction des parties obscurcies ou de faire cheminer son livre, jusqu'à trouver e mot qui manquait.

Ce trouble visuel a duré entre 14 et 15 ans et le malade l'attribue à la constipation dont il souffrait alors. S'il prenait un

purgatif près de l'époque de sa migraine, il réussissait quelquefois à faire avorter l'attaque; il lui est arrivé aussi de voir apparaître l'attaque le lendemain de la purgation.

Les yeux de ce malade examinés une fois à l'ophthalmoscope par M. Desmarres en dehors de l'attaque, n'ont présenté rien de particulier.

Aujourd'hui le malade a 20 ans et quoiqu'il ait continué à souffrir de la migraine vulgaire, le trouble visuel dont j'ai parlé a disparu complètement.

Impressionnable et nerveux, le malade n'a eu jusqu'à présent qu'un embarras gastrique léger. L'état de sa santé d'ailleurs aujourd'hui est satisfaisant.

Les deux observations qui suivent, je les dois à l'obligeance de M. le Dr Galezowski. Elles sont inédites.

Obs.— Migraine ophthalmique avec engourdissement du bras gauche, variété hémiopie passagère, durant d'une heure et demie à deux heures.

Il s'agit ici d'une dame, âgée de 37 ans, souffrant de migraines dix jours avant l'époque des règles. Cette dame a eu en 1870 une première attaque de migraine ophthalmique, une seconde en 1873 et dernièrement elle en a eu deux, suivies d'engourdissement du bras gauche. Ces attaques ont eu lieu une ou deux fois, à chaque époque signalée et ont duré d'une heure et demie à deux heures. Pendant toute la durée de l'attaque, la malade ne voit que la moitié des objets fixés et elle éprouve en même temps comme un gonflement de la langue et de la difficulté de la parole.

L'examen de la malade, pratiqué le 2 janvier dernier, a démontré en outre que cette dame est rhumatisante et souffre de névralgies fréquentes aux tempes.

Son père a eu un glaucome.

Obs. — Migraine ophthalmique, variété ambliopique avec sensation de battements du pouls dans l'œil.

Le 13 février, M. Galezowski a observé dans sa clinique ophthalmologique un malade qui souffre de migraines depuis les premières années de son existence, deux fois par semaine ; ces migraines s'accompagnent d'amblyopie subite à l'œil droit. L'attaque d'hier a duré de dix heures du matin jusqu'au soir ; le malade accuse en même temps que ce trouble visuel, la sensation de battements du pouls dans l'œil droit. Depuis un an, il a continué à souffrir de sa migraine ophthalmique, mais il ne souffre plus de sa migraine vulgaire. Sa mère est sujette aux migraines.

Je dois finalement à l'obligeance de M. le professeur Verneuil un renseignement très intéressant sur deux attaques d'hémiopie passagère qu'il a souffert lorsqu'il était aide d'anatomie.

Tous les deux ont eu lieu en hiver, par un froid excessif, en sortant des amphithéâtres de dissection de Clamart et de l'Ecole pratique. Dans les deux occasions, l'hémiopie a disparu pour donner lieu à une violente névralgie de toute la tête sans nausée ni vomissements et autres symptômes généraux.

M. le professeur Verneuil n'a souffert que ces deux attaques dans sa vie, il n'est nullement migraineux et sa vue est encore excellente.

Voyons maintenant comment les auteurs ont décrit cette affection.

Au moment de l'invasion, dit Piorry (1), la vue est

(1) Piorry. Traité de médecine pratique, t. XIII, p. 75.

moins nette, on éprouve une sensation très analogue à l'éblouissement, il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine; peu à peu le point terne qu'on observait s'étend bientôt et, après une ou deux minutes, se dessine à l'entour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zigzags, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très petite, cette portion de cercle s'agrandit en se développant de plus en plus et scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris; l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ visuel...

C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu, nous n'avons jamais observé personne qui ait éprouvé la sensation de doubles images.

Piorry considère cette affection comme un symptôme de la migraine.

Écoutons ce que dit Forster :

« La partie obscurcie apparaît sous forme d'un îlot... elle change de place, s'agrandit; son bord, du côté vers lequel elle se porte, devient scintillant et l'obscurité s'étend sur un espace plus ou moins considérable à la phériphérie du champ visuel. Je n'ai jamais observé l'hémiopie dans le sens rigoureux du mot... La cécité, là où elle existe, est complète... le bord scintillant tremble fortement et à ce niveau les lettres des différentes lignes qui se correspondent semblent se rapprocher les unes des autres... Quand le tremblement a cessé, le phénomène ne se dissipe pas tout entier; la partie du champ visuel où le scintille-

ment a apparu en dernier lieu reste un peu obscure pendant un instant. »

Chez Forster, l'attaque était suivie de migraine (1).

Ruette donne du scotome scintillant la description suivante :

« On voit apparaître dans le champ visuel une sorte d'arche formée de lignes lumineuses en zigzags, dont le centre correspond à peu près à la tache de Marcotte. »

Si nous ajoutons à tous ces renseignements fournis par les observations rapportées et par les descriptions que j'ai empruntées aux auteurs, quelques données statistiques sur la fréquence de la migraine accompagnée de scotome, nous verrons que les cas dans lesquels le scotome scintillant est accompagné de migraine sont sans doute supérieurs à ceux dans lesquels le scotome constitue à lui seul toute l'attaque; ainsi, je trouve la migraine dans les cas de Forster.

Elle n'existe pas dans le cas de l'astronome Airy; mais, dit-il, chez mes amis, il est suivi d'une céphalalgie accablante (2).

Sur neuf cas présentés par Dianoux, je trouve dans six, pesanteur de tête, céphalalgie, troubles cérébraux divers.

La céphalalgie existe aussi dans les observations rapportées par Liéving, et elle existait aussi sur 75 cas de différentes formes de migraine ophthalmique observés par Galezowski.

(1) Dianoux, thèse de doctorat de 1875, sur le scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire.

(2) Phylosophical Transactions. July, 1825.

Les cas de Wallaston, de Parry, d'Ainy, de Dianoux et d'autres restent cependant pour témoigner de l'existence isolée du scotome scintillant.

Nous pouvons maintenant nous résumer et dire que le scotome scintillant est composé par trois éléments :

1° Un scotome, la plupart du temps périphérique, mais qui peut aussi être central.

Ses caractères principaux sont : d'être placé presque toujours à côté du point de fixation et d'être demi transparent, ce qui le distingue du scotome organique qui est opaque et central.

Il peut se présenter sur un seul œil, le droit ou le gauche, ou sur les deux yeux à la fois.

L'acuité visuelle reste intacte, une fois le scotome disparu.

2° Un scintillement dont les caractères principaux sont : de suivre le scotome et de se produire sous forme de zigzags lumineux qui se ploient et se déploient avec une extrême rapidité. Ils ont été comparés aux angles des enceintes fortifiées. J'en donne à la fin une planche.

3° Une céphalalgie consécutive qui n'existe pas toujours.

Lorsque la migraine manque, le trouble visuel reste le même, mais il tient alors à des causes indépendantes de la migraine et que nous étudions plus loin.

DURÉE, MARCHE ET TERMINAISON

Le scotome scintillant dure de 15 minutes à une demi-heure. Il peut cependant se prolonger à l'état de simple scotome, le scintillement ayant disparu pendant quel-

ques jours et même pendant des mois, comme il résulte de l'observation suivante que j'emprunte au travail de Galezowsky sur la migraine ophthalmique (1878).

Migraine avec antécédents syphlitiques et scotome persistant.

M. X....., âgé de 30 ans, vint me consulter le 7 octobre 1877 pour un trouble de la vue, de l'œil gauche, qui lui semblait provenir de l'affection syphilitique dont il était atteint depuis quatre ans, avec des aphthes dans la bouche et des ulcères à l'anus.

Il y a deux mois, il a eu un trouble de la vue dans l'œil gauche avec des éclairs en zigzags et une hémiopie supérieure. Ces phénomènes ont duré quinze minutes, puis il est resté une fatigue avec un mal de tête et des nausées pendant une heure. Quinze jours après, une nouvelle crise analogue est survenue avec un léger trouble dans l'œil droit. Les mêmes symptômes se sont renouvelés cinq fois dans l'espace de deux mois, et toujours l'ambliopie occupait l'œil gauche ; l'œil droit était aussi un peu affaibli. Le malade a eu de la migraine pendant trois ou quatre ans consécutifs ; mais depuis un an il ne souffrait plus de la tête et se croyait guéri de la migraine.

D'après tous ces renseignements, nous avons pu diagnostiquer une migraine ophthalmique qui n'avait aucune relation avec la syphilis.

20 décembre. Le malade soumis au traitement par les purgatifs et le bromure de camphre, n'a pas eu de nouvelle crise, mais il déclare qu'il lui est resté à l'œil gauche une *tache noire à demi transparente* au-dessus du point de fixation et qui ne l'empêche pas de lire. C'est le scotome nerveux.

Il n'est cependant pas moins certain que le scotome scintillant est un trouble passager qui se prolonge rarement au-delà d'une demi-heure. Quelquefois il arrive qu'on le croit disparu, lorsqu'il n'est simplement qu'atténué, et il

se met tout d'un coup à flamboyer avec une fatigante rapidité. Il présente donc dans sa marche des alternatives de vif flamboiement ou de simple éblouissement.

Une fois passé, l'acuité visuelle est la même qu'avant l'attaque, Forster croit cependant que la partie du champ visuel où le scintillement a apparu en dernier lieu, reste un peu obscure pendant un instant.

Je n'ai pas remarqué cela; il m'a semblé au contraire qu'il était plus lumineux et que je regardais plus distinctement les objets.

Le scotome scintillant présente dans sa marche une remarquable périodicité chez les sujets migraineux. Chez les sujets où la migraine manque, le scotome présente une marche très irrégulière. Des observations existent dans lesquelles le scotome ne se présentait qu'une fois dans la vie, d'autres chez lesquels trois ou quatre attaques on constituée tout la maladie, un écart de régime, une veille prolongée un excès de travail intellectuel, peuvent le faire éclater la plupart du temps. Nous avons déjà vu avec quelle facilité il m'est donné de le provoquer.

Il peut se prolonger pendant des années, sans que l'acuité visuelle en soit affectée, trente ans dans une observation de Festelin (1) et dix ans dans ma propre observation.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Une fois que nous connaissons les symptômes, la durée, la marche et la terminaison du scotome scintillant

(1) Supplément au traité des maladies des yeux de Mackenzie.

nous pouvons maintenant étudier quelle est sa nature et quel est son siège; l'étiologie, le diagnostic et le traitement devant découler des données de la physiologie pathologique.

S'il m'était permis de donner mon opinion sur la pathogénie du scotome scintillant, je dirai que je range cette affection parmi les troubles oculaires d'origine réflexe.

Cette affection aurait pour causes principales les troubles de la digestion stomacale et intestinale et surtout la migraine, son siège serait l'appareil optique et la rétine. Ce n'est pas ici le lieu de faire l'étude du phénomène rêflexe en général.

Je rappelerai cependant pour établir sa réalité, l'expérience de Brown-Séquard et Tholozan (1). Ces deux expérimentateurs ont constaté qu'en plongeant une main dans l'eau froide il se produisait par action réflexe une contraction des vaisseaux capillaires et le refroidissement de la main opposée. Appuyé sur cette expérience nous sommes en droit de nous demander s'il ne se produit pas quelque chose d'analogue sur les vaisseaux de la rétine lors d'une irritation de voisinage ou éloignée, mais pouvant se transmettre jusqu'aux vaisseaux rétiniens.

L'expérience de chaque jour vient à chaque pas nous démontrer l'exactitude de ce raisonnement et pour ne pas m'engager dans une longue discussion, qu'il me soit

(1) Recherches expérimentales sur quelques-uns des effets du froid sur l'homme. (Mémoire lu à la Société de biologie, 1851, par Tholozan.)

simplement permis de rappeler certains faits de la pathologie courante.

Un individu se blesse l'œil droit, par exemple, et une ophthalmie se déclare sur l'œil gauche.

Il y a peu de jours seulement que je fus appelé auprès d'un jeune malade atteint d'un embarras gastrique léger. Mon attention fut tout d'abord attirée par l'état de son œil gauche qui était excessivement rouge et larmoyant; le malade venait à ce qu'il paraît de se contusionnerl'œil en remuant dans son lit. Voilà le récit qui m'a été fait. Il n'y avait aucun symptôme à remarquer du coté de l'autre œil qui était parfaitement sain ; cependant quelques minutes après il était devenu aussi rouge et aussi larmoyant que l'œil contusionné. Le lendemain tout avait disparu spontanément.

Les affections de la cornée sont très souvent le point de départ des iritis et irido-choroïdites graves. L'irritation des nerfs de la cornée se réfléchit dans ces cas sur les nerfs vaso-moteurs des parties profondes de l'œil, et des ophthalmies internes se produisent.

La carie dentaire, si nous nous éloignons maintenant de l'œil, peut aussi donner lieu à des troubles visuels. M. Hancock cite deux cas d'amaurose survenus sans symptôme propre presque subitement, suivis de guérison complète à la suite de l'extraction des dents malades ; un des malades avait retrouvé la vision le soir même de l'extraction.

La présence de vers dans le canal intestinal est la

(1) Lancet, 1859, t. Ier, p. 80.

cause fréquente de troubles visuels chez les enfants : un vermifuge en fait prompte justice.

Les douleurs, enfin, causées par les névralgies de la cinquième paire sont une cause fréquente d'irritation pour les nerfs vaso-moteurs ; irritation qui se traduit quand il s'agit de parties superficielles, par la rougeur ou la pâleur du côté de la face correspondante à la névralgie, l'augmentation ou la diminution dans la sécrétion des larmes, de la salive et de la sueur ; et quand il s'agit des parties profondes, par l'anémie ou la congestion de la rétine

Mais je n'ai pas besoin de m'appesantir davantage sur des faits qui peuvent être constatés tous les jours.

Ils démontrent parfaitement l'existence des troubles oculaires d'origine réflexe.

Rationnellement, le scotome scintillant peut-il être compté dans le nombre ?

Je le crois et il me semble que dans l'état actuel de la science à son égard, il serait difficile d'expliquer autrement son existence isolée à part de la migraine et sa présence fréquente parmi les symptômes de cette névrose.

Les observations publiées du scotome scintillant, sont de nature à me confirmer dans cette manière de voir et si cela ne suffisait pas je rappellerai, si l'on veut se souvenir de mon observation, qu'il est presque dans mon pouvoir de produire réflexement chez moi une attaque de scotome. Ainsi, l'attaque que j'ai souffert le 20 février, je l'ai produite à volonté, cherchant à m'éclairer sur certains points, pour en donner la description.

Voici ce que j'ai fait : j'ai tout d'abord déjeuné copieusement et une heure et demie après, calculant que la

digestion stomacale était alors en pleine activité, j'ai pris une tasse de lait très chaud et six capsules d'huile de foie de morue créosotée de Fournier, que je prends ordinairement à l'heure des repas ; quelques minutes après la digestion était interrompue et le scotome scintillant se manifestait tel que je l'ai décrit au chapitre des symptômes de ce travail et tel qu'il se présente le plus souvent. Cette expérience, je l'ai répétée plusieurs fois et je suis tellement convaincu de l'influence d'une digestion difficile sur son apparition, que je me gardais bien d'y apporter obstacle lorsque j'avais besoin, comme dans les jours d'examens, de la lucidité de mon esprit.

Parry et Fothergill considéraient aussi le scotome scintillant comme lié aux troubles de la digestion.

Cherchant à me rendre compte du mécanisme par lequel se produit le scotome scintillant d'origine réflexe, intestinal ou stomacal, je finis par admettre que c'est par l'intermédiaire de la moelle que l'irritation se transmet jusqu'aux vaisseaux de l'appareil optique.

Les cas observés par Rouget, Brown-Séquard et autres observateurs, des lésions graves de la cornée et du globe oculaire à la suite de lésions traumatiques de la moelle, et les cas que nous observons tous les jours d'amblyopie et autres troubles visuels lors de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle, m'autorisent à croire que dans les cas de souffrances de l'estomac ou de l'intestin, l'irritation des nerfs de ces organes appartenant au pneumo-gastrique et au grand sympathique se transmet aux centres *médullaires*, pour être réfléchie sous

forme d'incitation vaso-motrice jusqu'aux vaisseaux optiques.

Telle est la théorie que j'adopte pour expliquer le scotome scintillant lié aux troubles de la digestion.

Le mécanisme serait à peu près le même pour le scotome scintillant accompagnant l'accès de migraine, seulement, l'irritation au lieu de partir de l'intestin pour se réfléchir par l'intermédiaire des centres moteurs de la moelle jusqu'aux vaisseaux de l'appareil optique, partirait du cordon cervical du grand sympathique ou du centre cilio-spinal pour déterminer en même temps que la scotome scintillant, les divers troubles vaso-moteurs qui caractérisent l'accès de migraine.

Cette irritation qui détermine tant de troubles vasomoteurs pendant l'accès de migraine est-elle primitive ou secondaire? C'est à dire naît-elle dans le cordon sympathique lui-même ou dans le centre cilio-spinal; ou est-elle produite secondairement par une névralgie du trijumeau?

Les deux théories peuvent se soutenir; mais que ce soit affection propre, comme je le pense, ou irritation des filets vaso-moteurs produite par la névralgie du trijumeau comme le pense M. Galezowsky, les troubles apportés à la circulation des divers organes de l'appareil optique seraient toujours les mêmes. Il s'agirait ou bien d'une contraction des vaisseaux produisant l'anémie, ou d'une dilatation produisant au contraire la congestion.

Le scotome scintillant serait produit par la contraction des vaisseaux de la rétine, à croire Quaglino, Mollendorff a cependant constaté sa dilatation dans un cas de migraine.

Il est vrai que d'autres observateurs tels que Forster et Dianoux n'ont rien constaté; mais si nous supposons que le trouble vaso-moteur qui produit le scotome peut porter ou sur les organes centraux de la vision, tubercules quadrijumeaux, corps genouillés et chiasma; ou sur les parties périphériques rétine et nerf optique, nous allons pouvoir nous expliquer d'un côté, l'apparente contradiction de l'examen ophthalmoscopique et certains points relatifs à la forme et au siège du trouble visuel qui constituent le scotome. Ainsi lorsque le trouble vaso-moteur portera sur les organes centraux de la vision, l'examen ophthalmoscopique sera nul et l'attaque pourra être accompagnée de changements dans la pression intra-encéphalique, traduite par la sensation de vide, l'embarras de la parole, la perte de la mémoire, etc., remarqués quelquefois pendant l'attaque de scotome scintillant.

La forme hémiopique pourra alors être facilement expliquée en supposant que le trouble soit porté sur l'une des bandelettes optiques, si pour le contraire il s'agit d'un trouble vaso-moteur superficiel, l'examen ophthalmoscopique donnera des résultats et les symptômes généraux manqueront.

Lorsque le chiasma sera la partie intéressée, le scotome aura lieu sur les deux yeux à la fois et restera enfin limité à l'œil droit ou à l'œil gauche, selon que les parties intéressées soient le nerf optique et la rétine droite ou le nerf optique et la rétine gauche.

Dianoux considère le scotome scintillant comme ayant pour siège exclusif l'appareil conducteur des impressions lumineuses, il n'admet pas ainsi que le scotome scintil-

lant puisse être un phénomène rétinien comme le veut Brewster. Je crois que pour être dans le vrai, il faut admettre que le scotome scintillant peut avoir aussi pour siège la rétine, je vais essayer de le démontrer :

Deux éléments principaux constituent le scotome scintillant, le scotome d'abord dans lequel il me semble voir un phénomène d'anesthésie et le scintillement, phénomène d'hyperesthésie sans doute.

Aussi bien la rétine que l'appareil optique peuvent être le siège de ces deux phénomènes. Et pour laisser tout d'abord établi que l'excitation de la rétine donne lieu à des sensations lumineuses au même degré et avec les mêmes caractères que l'excitation du nerf optique, je rappellerai ici l'expérience de Magendie qui constata un jour, ayant piqué le fond de l'œil avec une aiguille à cataracte chez un individu, l'absence des douleurs à cette piqûre et la production d'une sensation lumineuse accusées par le malade, phénomène constaté aussi lors de la section du nerf optique. La perte de la sensibilité rétinienne entraîne la cécité totale ou partielle, selon les degrés de cette perte, son excitation donne lieu à des sensations lumineuses. Les causes de la perte de cette sensibilité sont les lésions centrales et celles du nerf optique, ainsi que certaines névroses, telle que l'hystérie par exemple, et comme cause de son excitation nous citerons tous les phénomènes capables d'augmenter la pression intraoculaire ; ainsi la congestion cérébrale et rétinienne, les vomissements, les efforts, les coups et les pressions sur l'œil en sont souvent des causes. La recherche des phosphènes lorsqu'on explore la sensibilité rétinienne, n'est

pas fondée sur un autre principe, eh bien le scotome scintillant peut être considéré à plus d'un titre comme un phosphène d'une nature particulière. Nous savons en effet que dans le phosphène existe une zone centrale obscure d'anesthésie déterminée par la pression et une zone périphérique lumineuse déterminée par une excitation, là où la pression n'a pas été suffisante pour interrompre l'action nerveuse; le tout affectant la forme de l'objet comprimant. Que l'on donne à ce tout la forme de zigzags lumineux et vibrants et on aura une attaque de scotome. Mais où trouver des corps ayant la forme des vaisseaux de la rétine et surtout comment animer ces corps de battements capables de produire par son intermittence des alternatives rapides d'anesthésie et d'hyperesthésie nerveuses ? Je trouve donc dans la rétine ce qu'il faut pour produire une attaque simple de scotome scintillant, la forme hémiopique de l'affection, son existence dans les deux yeux à la fois ou dans un seul œil, son siège à l'angle interne d'un œil, à l'angle externe de l'autre, son double caractère enfin de pouvoir se présenter comme maladie indépendante de la migraine ou comme une des faces de l'accès de migraine, m'ont fait admettre pour expliquer sa nature la théorie exposée et lui assigner pour siège l'appareil optique, y compris la rétine.

Je ne voudrais pas terminer ce chapitre sans parler de l'expérience que M. Dianoux a faite dernièrement et qu'il a eu la bonté de me communiquer; qu'il reçoive ici l'expression de mes remerciements.

Que l'on se soumette, me dit-il, à des inhalations de chloroforme dans une chambre obscure, ce que j'ai fait

plusieurs fois ; au bout d'un temps très court pour moi, surviennent des sensations auditives d'une intensité croissante (bruit de sifflet, bruit de moulin), puis apparaissent brusquement dans le champ de la vision des phantasmes coloriés dont l'ensemble représente un cercle autour du point de fixation, ce cercle s'agrandit peu à peu jusqu'à remplir tout le champ visuel.

Il est formé d'une infinité de losanges dont le grand axe est parallèle aux rayons du cercle; la coloration de ces losanges géométriquement semblables les uns aux autres est extrêmement vive et variée, faible au debut elle devient rapidement éblouissante. Ces figures exécutent une série de mouvements qui m'ont semblé en somme se réduire à deux principaux, un mouvement de contraction et d'expansion alternatif des losanges, un mouvement giratoire de l'ensemble du cercle coloré ; les mouvement de contraction et de dilatation des losanges les plus faciles à analyser ne m'ont pas semblé se répéter plus de dix fois par seconde, chiffre qui par parenthèse est en rapport singulier avec l'intervalle minimum nécessaire pour que deux sensations consécutives puissent être perçues isolément par la rétine.

Or, qu'elle est l'explication de ces phénomènes ? Elle est bien simple, le sang chargé de chloroforme irrite l'ensemble de l'encéphale et les terminaisons centrales du nerf optique, qui répond par la sensation subjective de l'irritation des terminaisons périphériques en totalité, comme toutes les fois que l'on irrite mécaniquement un tronc nerveux à son origine. Malheureusement, ici, tout l'encéphale se trouvant irrité il résulte bientôt des conceptions déli-

rantes quiempêchent l'analyse plus prolongée des sensations visuelles et avertissent l'expérimentateur qu'il doit s'arrêter.

Or, si nous rapprochons du scotome scintillant ce que j'appelle ici le scintillement chloroformique, nous voyons une affinité étroite d'une part, de l'autre des différences très tranchées, mêmes sensations lumineuses, mais dans le scintillement chloroformique la forme géométrique des images, qui rappelle une vue d'ensemble de la couche des cônes et des bâtonnets de la rétine qui sembleraient ici devenir lumineux et énormément amplifiés, l'uniformité de l'éclaircissement, la forme absolument circulaire et la manifestation sur les deux yeux à la fois, indiquent à n'en pouvoir douter et pour d'autres raisons, le doute n'est pas possible, une excitation centrale.

Or, dans le scotome le scintillement est hémiopique et aucune sentation subjective n'est perçue, preuve du siège limité à l'appareil de la vision seule et à une seule bandelette dans la grande majorité des cas.

Dans le scotome scintillant, l'anémie du nerf est complète et la preuve est, qu'il y a cécité dans toute l'étendue du scotome dans le scintillement chloroformique, la vision se rétablit aussitôt qu'on ouvre les yeux, à peine perçoit-on encore une sorte de fourmillement.

C'est que dans le scotome, l'anémie peut aller jusqu'à supprimer la conductibilité du nerf, tandis que pour qu'un semblable effet eût lieu par un agent agissant sur tout l'encéphale, il faudrait la cessation des fonctions de l'encéphale lui-même.

J'en conclus donc que cette expérience affirme, aussi, le siège du scotome sur l'appareil conducteur.

Vous ferez de ces considérations jetées au courant de la plume ce que bon vous semblera, j'ai l'intention de lui donner plus tard une forme plus étendue et d'en faire le sujet d'un travail.

J'ai répété l'expérience de M. Dianoux, et j'ai pu constater par moi-même combien est exacte la description qu'il fait des sensations visuelles qu'on éprouve pendant que l'on est soumis à l'inhalation chloroformique. Entre le scintillement du scotome scintillant et le scintillement chloroformique il y a cependant des différences capitales. La première à signaler, est que le scintillement du scotome scintillant n'apparaît qu'en second lieu, c'est-à-dire après le scotome, tandis que le scintillement chloroformique apparaît brusquement dans le champ visuel. La deuxième, est que le scotome scintillant n'est pas modifié sensiblement par l'ouverture ou la fermeture des paupières, il luit aussi bien dans l'obscurité qu'en pleine lumière ; le scintillement chloroformique, au contraire, disparaît à l'instant même que l'on ouvre les yeux.

Dianoux croit que cette dernière différence tient à ce que dans le scotome scintillant l'anémie du nerf est complète, tandis que pour qu'elle le soit dans l'expérience il faudrait supprimer tout à fait les fonctions de l'encéphale.

Et pourquoi serait-elle complète l'anémie du nerf optique dans le scotome scintillant ? S'il en était ainsi, la conductibilité nerveuse, supprimée tout à fait, donnerait pour résultat l'amaurose complète, la cécité absolue, et nous savons pour le contraire que dans le scotome scintillant

l'amaurose n'est jamais complète, mais qu'elle est toujours partielle.

La troisième différence que j'indiquerai tient à la forme du scintillement disposé en zigzags lumineux, qui se ploient et se déploient avec une extrême rapidité et sans arriver jamais à l'effacement de ses angles, tandis que le scintillement chloroformique se fait en forme de losanges à grand axe parallèle au diamètre transversal de l'œil.

Il y a donc dans l'apparition du scotome scintillant, dans sa persistance, malgré l'ouverture des paupières, et dans la disposition du scintillement en zigzags, quelque chose de spécial et qui tient sans doute à la participation de la rétine dans le phénomène ; c'est en acceptant cette participation que je trouve une explication à l'attaque d'hémiopie inférieure que j'ai souffert lors de mon premier accès de migraine et que j'ai décrit au chapitre des symptômes, l'hémiopie inférieure ou supérieure ayant été observée presque toujours dans les affections oculaires et jamais dans les affections d'origine cérébrale dans lesquelles l'hémiopie est interne ou externe, et pour ajouter des faits à l'appui, je citerai des cas de migraine ophthalmique dans lesquels M. Galezowski a constaté à l'examen ophthalmoscopique les spasmes des vaisseaux rétiniens de la papille, ce qui prouve qu'évidemment les troubles vaso-moteurs qui déterminent le scotome scintillant peuvent porter aussi sur la rétine (1).

(1) Galezowski. Etude sur la migraine ophthalmique, 1878.

ÉTIOLOGIE.

Les causes prédisposantes de cette affection sont tout d'abord le tempérament nerveux et l'âge adulte entre 30 et 60 ans. Le scotome scintillant étant très rare avant la puberté et dans l'extrême vieillesse, comme il résulte des observations de Galezowski, qui ne l'a trouvé que 6 fois entre 10 et 20 ans et 1 fois à 80 ans.

La vieillesse, si elle ne prédispose pas par elle-même à l'affection, il n'est pas cependant rare de voir apparaître le trouble visuel du scotome scintillant, alors que la migraine s'atténue par les progrès de l'âge. J'ai cité déjà des cas à l'appui de cette assertion.

Les hommes et les femmes sont à quelque chose près également prédisposés, ainsi sur 76 cas de migraine ophthalmique que Galezowski a eu l'occasion d'observer, se trouvent 41 du sexe féminin et 35 du sexe masculin.

Les climats me semblent n'avoir pas une influence marquée sur l'affection. Les hommes de tous les climats peuvent en souffrir et la science possède des observations appartenant à des hommes habitant des latitudes bien différentes.

Les saisons pluvieuses et brumeuses, prédisposant à l'apparition des migraines, peuvent être considérées comme une cause prédisposante de l'affection.

Les professions enfin doivent être comptées parmi les causes de ce genre. Les savants, les médecins qui se livrent à des lectures assidues immédiatement après le repas ; ceux qui font une application continue de leurs yeux, tels que

les graveurs, les horlogers, etc., en sont particulièrement affectés.

Parmi les causes déterminantes, je signalerai comme étant les principale les troubles de la digestion stomacale et la migraine. Je me suis assez expliqué sur l'influence des troubles de la digestion et de la migraine sur l'apparition du scotome scintillant, pour que je sois maintenant dispensé d'y revenir; je citerai enfin, dans les causes déterminantes, la fatigue de la rétine et de l'accommodation.

DIAGNOSTIC.

Le scotome scintillant a des caractères tellement tranchés qu'il nous semble difficile de le confondre avec aucune autre affection; cette confusion est cependant possible, surtout au début de l'affection, lorsqu'elle n'est pas encore constituée et que l'on ne connaît pas les antécédents du sujet qui en est atteint. Ainsi un individu viendra nous consulter pour la première fois, pour des troubles oculaires dont il souffre accompagnés de violentes douleurs préorbitaires, de cécité, de photopsie et de vomissements, et nous serons très porté à croire qu'il s'agit des accidents glaucomateux qu'il faudra combattre activement; un examen des antécédents du malade et de l'état de l'œil souffrant viendra nous mettre facilement sur la voie du diagnostic, il nous sera, en effet, toujours facile de savoir si l'individu est un migraineux ou un dispeptique et s'il en était ainsi, s'il est à l'époque de sa migraine ou au lendemain d'un écart de régime. Ces premiers renseignements obtenus nous passerons à l'examen de l'œil qui don-

nera des résultats négatifs dans le cas de migraine ophthalmique, bien au contraire de ce qui arrivera dans le cas de glaucome, où l'injection du cercle périkératique pouvant arriver jusqu'au chémosis l'aspect chagriné de la cornée et son anesthésie, la diminution de la chambre antérieure par projection de l'iris et du cristallin en avant et la dureté caractéristique de l'œil, tous signes témoignant d'une augmentation de pression intra-oculaire, revendiqueront pour le glaucome les autres symptômes de cécité, photopsie, douleurs préorbitaires et vomissements constatés auparavant. Si nous ajoutons à tous ces signes les signes ophthalmoscopiques propres au glaucome, la forme de l'irisation qui se produit sous forme de cercles lumineux, rouges à la périphérie et blancs au centre, autour de la flamme d'une bougie et en forme de zigzags vibrants dans le scotome scintillant; la diminution de l'acuité visuelle ou sa perte rapide dans le glaucome et son intégrité dans le scotome scintillant malgré de longues années de souffrance. Nous admettrons que s'il nous était permis de penser au glaucome avant d'avoir pratiqué l'examen de l'œil, une fois cet examen pratiqué, le doute n'est plus admissible.

Il y a aussi une autre variété de choroïdite avec laquelle le diagnostic différentiel du scotome scintillant peut présenter une certaine difficulté. Je veux parler de la choroïdite syphilitique : le malade atteint de cette affection présente, en effet, des signes fonctionnels d'une certaine ressemblance avec ceux de l'amaurose partielle : même brouillard enveloppant les objets, même sensation lumineuse en forme de cercles, d'étincelles et de zigzags. Le brouillard présente cependant dans les deux affections

des caractères bien tranchés ; dans la choroïdite syphilitique le brouillard est léger et le malade perçoit comme une gaze placée devant les objets et excessivement remuante, sur cette gaze il y a des points noirs semés çà et là et qui participent au mouvement. Si l'on pratique alors l'examen ophthalmoscopique, on constate dans le plus grand nombre des cas des filaments nombreux dans le corps vitré formant un nuage léger comparé à une toile d'araignée qui se déplace dans tous les sens, suivant le mouvement de l'œil.

Ces flocons du corps vitré rendent parfaitement compte d brouillard léger et remuant que le malade atteint de choroïdite syphilitique perçoit devant les objets.

Le brouillard du scotome scintillant n'a pas ces caractères ; c'est une sorte de nuage qui enveloppe les contours des objets, qui semblent s'y perdre ; cette disposition du brouillard donne aux objets fixés des dimensions, quelquefois plus grandes, quelquefois plus petites, qu'ils n'ont pas en réalité. Il n'est pas non plus remuant. En outre, le brouillard du scotome scintillant se dissipe rapidement pour donner lieu au scintillement, bien autrement de ce qui arrive dans la choroïdite syphilitique, où en conséquence de l'état d'irritation où se trouve la rétine, le malade voit constamment des zigzags et des cercles lumineux.

La photophobie intense qui accompagne la choroïdite syphilitique témoigne encore de cet état d'irritation de la rétine ; ainsi, on voit les malades qui en sont atteints rester complètement aveugles pendant quelques minutes lorsqu'on les fait passer d'un endroit obscur à un autre fortement éclairé. La photophobie n'existe pas à ce degré

dans le scotome scintillant, la lumière gêne un peu le malade, mais il peut la supporter facilement, et que le malade soit dans l'obscurité ou en pleine lumière, les paupières fermées ou ouvertes, l'attaque de scotome suit son cours sans en être modifié, pour se terminer dans peu de temps.

On le voit, la ressemblance entre les deux affections n'est qu'apparente, et si les différences indiquées dans les signes fonctionnels des deux affections ne suffisaient pas à établir le diagnostic différentiel, l'examen des antécédents du malade et l'exploration ophthalmoscopiques enlèveront tous les doutes.

Je signalerai aussi, comme cause possible d'erreur, dans le diagnostic du scotome scintillant, certains troubles visuels qui accompagnent souvent les affections des voies lacrymales, telles que la photophobie, la photopsie, les mouches volantes, etc. Elles tiennent toutes à la même cause, à l'irritation de l'œil, produite par l'accumulation des larmes sur les bords des paupières, résultant de l'obstacle plus ou moins complet apporté par l'effet de l'affection lacrymale à son libre passage dans le canal nasal.

Cette irritation incessante rend l'œil sensible à l'action de la lumière, et de là, la photophobie ; dans d'autres circonstances, les fibres musculaires des paupières irritées, seront prises de spasmes et sa contraction brusque, refoulant les divers milieux de l'œil qui iront comprimer la rétine sera, une cause de photopsie. Le malade verra alors des étincelles, des cercles lumineux, etc.

D'autres fois, les larmes accumulées sur les bords

libres des paupières jouant le rôle de prisme décomposant la lumière, feront voir au malade des arcs-en-ciel ou des cercles colorés ; cette même accumulation des larmes peut être cause de la desquamation épithéliale de la conjonctive et le malade verra alors non plus des étincelles, ni des cercles colorés, mais une multitude de petits points noirs appelés mouches volantes, et qui ne sont pas autre chose que les cellules épithéliales et des petits grains de fine poussière suspendus dans les larmes. Un examen attentif des points lacrymaux, mettra facilement les praticiens sur la voie du diagnostic.

Serai-je obligé d'indiquer aussi parmi les troubles oculaires comme cause possible d'erreur, les mouches volantes physiologiques, affectant la forme de gouttelettes claires, des colliers de perles, des points noirs, etc., qui tourmentent les yeux des personnes adonnées à un travail assidu, tel que la gravure, etc., et qui disparaissent par le clignement des paupières.

Ces mouches sont constamment en mouvement, et ne sont pas visibles la nuit, et lorsqu'on les fixe, on voit qu'elles se perdent vers le champ inférieur visuel pour reparaître dans le champ supérieur, pour reparaître quelques instants après ; ce double caractère de n'être aperçues que le jour et d'être remuantes, me semblent un bon signe différentiel.

En dehors des affections que nous venons de passer en revue, divers troubles cérébraux et stomacaux s'accompagnant de sensations lumineuses, peuvent être confondus avec l'amaurose partielle. Je citerai en premier lieu, l'anémie cérébrale. Le diagnostic différentiel est ici d'autant

plus important, que le scotome scintillant s'accompagnant quelquefois des phénomènes d'anémie cérébrale, peu laisser passer inaperçu cette affection qui est grave et de conséquences fâcheuses pour le malade; l'intensité des phénomènes communs aux deux affections, telles que: la sensation de vide, la défaillance, les nausées, le brouillard qui obscurcit le champ visuel, et les circonstances dans lesquelles ces phénomènes se produisent, serviront au diagnostic; ainsi, dans le scotome scintillant, lorsque ces troublent existent, ils sont passagers et se dissipent rapidement pour donner lieu à l'obscurcissement et au scintillement caractérisques de l'affection. Ils apparaissent en pleine santé.

Dans l'anémie cérébrale, ces phénomènes sont plus intenses et ils sont toujours la conséquence des hémorrhagies graves, des pertes excessives, des affections organiques du cœur.

La congestion cérébrale produit des phénomènes très analogues à ceux de l'anémie. Les phénomènes généraux accompagnant cette affection, et l'hallucination et le délire dans les cas graves, suffiront à établir le diagnostic.

Parmi les affections stomacales avec lesquelles le scotome scintillant peut être confondu j'en citerai une qui lui ressemble à s'y méprendre, c'est le vertigo a stomaco læso.

On siat en quoi consiste cette affection. Trousseau l'a décrite de la façon suivante :

« Ce sont des étourdissements, un sentiment de vide, de vague dans la tête, ou bien il semble au malade que ses tempes soient violemment étreintes par un cercle de

fer. Tantôt il éprouve une sensation de froid glacial; les uns nous racontent qu'ils ont un brouillard devant les yeux, que les objets qu'ils regardent sont colorés de diverses nuances bientôt confondues; d'autres ont comme une grande roue noire qui se meut devant eux avec une excessive rapidité.

« Mais la forme que vous rencontrerez le plus ordinairement est celle qui a reçu l'épithète de Gyrosa : quand l'individu est debout, tout tourne autour de lui; il est obligé de fermer les yeux et de se tenir dans la plus complète immobilité, car il sent ses jambes vaciller et fléchir sous lui, il va tomber et tombe même quelquefois; si il est couché, il croit voir son lit tourner suivant un axe qui le traverserait de la tête aux pieds, ou c'est lui même qui se voit entraîné dans ce mouvement de rotation. »

Trousseau lie cette affection aux troubles gastriques et il la considère comme le résultat d'une action réflexe de la circulation cérébrale ayant sa cause d'incitation dans l'estomac.

Le trouble vaso-moteur qui produit le scotome scintillant d'origine stomacale n'est pas porté à un si haut degré, et si nous voulons nous souvenir des observations inscrites au chapitre des symptômes, nous y trouverons à peine le brouillard, le sentiment de vide, et le mal de tête. Le vertige, tel qu'il a été décrit par Trousseau, y manque ainsi que la sensation de froid glacial et les violentes douleurs d'estomac exagérés à la pression de la main sur le creux hypogastrique, témoignant d'un état dispeptique chronique de l'organe, état qui manque dans

le scotome scintillant, dans lequel nous ne trouvons qu'un trouble accidentel des fonctions digestives, comme étant la cause du trouble réflexe qui le détermine.

Je crois avoir parlé de toutes les affections qui ressemblent de près ou de loin au scotome scintillant, et, pour terminer ce chapitre, je dirai que, bien au contraire de Forster, je considère cette affection comme un trouble vaso-moteur passager, jamais symptomatique des tumeurs cérébrales. Forster n'a, pour appuyer sa manière de voir, que le cas de Wollaston dont nous avons parlé au chapitre de l'historique de ce travail, et qui présenta à l'autopsie une tumeur avoisinant la bandelette optique droite. Je ferai remarquer ici, que Wollaston eut dans sa vie deux attaques d'hémiopie latérale sans scintillement et à des intervalles très éloignés; dans la première attaque, l'hémiopie était relative à la moitié gauche des objets, et dans la seconde elle portait sur la moitié droite.

Dianoux a de la peine à croire que cette tumeur ait eu une évolution si lente. Ses observations personnelles, portant sur plus de 30 malades, atteints de tumeurs cérébrales, et chez lesquels il n'a jamais rencontré le scotome scintillant, lui font croire que cette affection doit être classée parmi les névroses dites essentielles.

Quant à moi, je le répète, je considère le scotome scintillant comme un trouble vaso-moteur passager ayant pour cause principale la migraine et les souffrances de l'estomac et de l'intestin.

PRONOSTIC.

Le pronostic du scotome scintillant, est, comme celui de toutes les névroses oculaires, sans aucune gravité.

Les malades peuvent être plus ou moins gênés par la fréquence des accès, mais jamais l'acuité visuelle ne s'en ressent, fait suffisamment constaté déjà; ainsi, je trouve chez un des malades dont parle Testelin, 30 années de souffrances; chez un de la connaissance de Wallaston, 17 ans, et 10 ans dans ma propre observation; et pas plus chez ces deux malades, que chez moi, l'acuité visuelle ne s'est jamais trouvée atteinte. Je ne crois donc pas exagérer en disant que le pronostic de cette affection est sans conséquence fâcheuse pour la vision.

TRAITEMENT.

Le traitement du scotome scintillant doit viser deux points :

1° Combattre l'accès.

2° En prévenir le retour.

Pour combattre l'accès, je conseillerai la position déclive de la tête, et l'ingestion d'un spiritueux quelconque, surtout lorsque l'on sent que la digestion se fait difficilement.

Galezowski croit que les purgatifs salins légers, administrés méthodiquement, excepté pendant la grossesse (tels que : 15 gr. à 20 gram. de sulfate de magnésie, un verre d'eau de Pullna ou de Hunyadi-Janos) pendant 10

jours consécutifs de chaque mois, parviennent au bout de 6 à 8 mois, à faire cesser tous les accidents de la migraine, ainsi que les troubles visuels qui en résultent. Il croit en outre, que le bromure de camphre et le bromhydrate de quinine, ont une action efficace sur les crises nerveuses oculaires » (1).

Le médicament, qui a le mieux réussi dans les mains de Dianoux, c'est le sulfate de quinine uni à la digitale, il se sert de pilules composées de la façon suivante :

Sulfate de quinine	1 gr. 50
Poudre de digitale.	1 »
Extrait de monésia.	2 »

F.S.A. 20 pilules à prendre, une matin et soir.

Si je dois me rapporter à ma propre expérience, je dirai que j'ai réussi à faire avorter quelquefois une attaque de migraine ophthalmique avec le bromure de potassium. Je prends, lorsque je crois imminente une attaque de migraine ophthalmique, 2 grammes de bromure de potassium, dans de l'eau sucrée, que je renouvelle encore une fois, si les deux premiers grammes n'ont pas été suffisants pour enrayer l'attaque. Je ne réussis pas toujours; peut-être sont plus grands les cas des insuccès que des succès, ce qui semble être dans la nature de l'affection et dans l'action physiologique du médicament.

C'est le seul médicament que j'aie essayé, donnant plus d'importance aux moyens prophylactiques qui consisteront

(1) Galezowski. Etude sur la migraine ophthalmique, p. 41.

à combattre la dyspepsie, l'anémie, l'hystérie par les moyens appropriés, selon que l'affection semblera dépendre d'un nervosisme exagéré, de la dyspepsie ou de l'anémie.

CONCLUSIONS.

Il résulte de tout ce que je viens d'écrire :

1° Que le scotome scintillant peut exister comme maladie à part de la migraine ou comme une affection accompagnant cette névrose.

Lorsqu'il existe comme affection isolée, il tient aux troubles de la digestion stomacale et s'explique par une action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs de l'appareil optique et de la rétine, ayant pour point de départ, l'irritation des nerfs de l'estomac.

Lorsqu'il accompagne la migraine, il n'est pas moins pour cela un trouble vaso-moteur, seulement dans ce cas, l'irritation, au lieu de partir de l'estomac, part du centre cilio-spinal ou du cordon sympathique lui-même.

2° Il est constitué par deux éléments, un scotome la plupart du temps périphérique suivi d'un scintillement en zigzags.

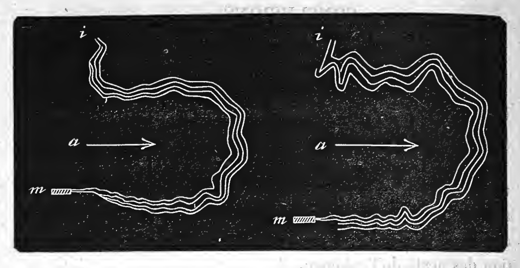
3° La durée est de 15 minutes à une heure et demie et plus.

4° L'ophthalmoscope a démontré quelquefois l'ischemie de la rétine, d'autres fois il a donné des résultats négatifs.

5° Ses causes sont les mêmes que celles des névralgies en général.

6° L'acuité visuelle demeure intacte malgré de longues années de souffrances.

PLANCHE EXPLICATIVE DE L'ATTAQUE DU SCOTOME SCINTILLANT QUE J'AI SOUFFERT LE 20 FÉVRIER 1880.



m. m. Points inférieurs du champ visuel des deux rétines dans lesquels le scotome a commencé.

a. a. Sens dans lequel les zigzags lumineux se développèrent en formant une double arcade qui emboîtait l'angle interne de l'œil gauche et l'angle externe de l'œil droit.

i. i. Points supérieurs des champs visuels de deux rétines dans lesquels le scintillement a disparu.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — De la contraction musculaire.

Physique. — Electricité animale. Loi du courant musculaire.

Chimie. — Caractères distinctifs, préparation et propriété des bromures et des iodures.

Histoire naturelle. — De la feuille.

Pathologie externe. — Diagnostic des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — De la leucocythémie.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — Des différents procédés pour l'amputation de l'épaule.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs, leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — De la médication antiphlogistique,

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Accouchement. — De la présentation du tronc.

Vu : Le Président de la thèse,
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer
Le vice recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.